

Handwritten signature
Klaus Demms

Handwritten text
Tus Linderbehnke

Institut für Rechtsmedizin – Postfach 101007 – D-40001 Düsseldorf

Stadtverwaltung Kaarst
z. Hd. Herr Thum

Postfach 101265

41544 Kaarst

Bei Rückfragen bitte
stets angeben:
T 442/08

Ansprechpartner
Dr. med Britta Gahr

Durchwahl
19364

E-Mail:
britta.gahr@medizin.uni-duesseldorf.de

Datum:
10.12.2008

[REDACTED] vermutlich geboren am 31.03.1992

In der o. a. Sache erstatten wir auftragsgemäß nachfolgendes

rechtsmedizinische Gutachten

zur Frage des Lebensalters des Herrn **[REDACTED]**

Das Gutachten stützt sich auf

1. die Ergebnisse einer körperlichen Untersuchung des Herrn **[REDACTED]** am 20.11.2008 im hiesigen Institut,
2. die Ergebnisse einer zahnärztlichen Untersuchung am 20.11.2008 durch den zahnmedizinischen Zusatzgutachter Herrn Prof. Schübel, sowie
3. die Ergebnisse einer radiologischen Untersuchung des Hand-skelettes und des Schlüsselbein-Brustbein-Gelenkes im Institut für Diagnostische Radiologie des hiesigen Universitätsklinikums am 20.11.2008 (durch die radiologischen Zusatzgutachter Prof. Fürst und Dr. Rusch).

Institut für Rechtsmedizin

Direktorin
Univ.-Prof. Dr. med. S. Ritz-Timme
Hausanschrift

Moorenstr. 5
Gebäude 14.84
40225 Düsseldorf

Tel.: (0211) 81-19385
Fax: (0211) 81-19366
e-mail:
Stefanie.Ritz-Timme@med.uni-duesseldorf.de

Rechtsmedizinische Ambulanz für Gewaltopfer

PD Dr. med. H. Graß
Tel.: (0211) 81-04058
Fax: (0211) 81-18366
e-mail:
Hildegard.Graß@med.uni-duesseldorf.de

Abteilung für forensische Morphologie und Anthropologie:

Dr. med. P. Gabriel
Tel.: (0211) 81-19367
Fax: (0211) 81-19366
e-mail:
Peter.Gabriel@med.uni-duesseldorf.de

Abteilung für forensische Molekularbiologie:

PD Dr. med. Huckenbeck
Tel.: (0211) 81-19369
Fax: (0211) 81-04567
e-mail:
huckenbeck@med.uni-duesseldorf.de

Abteilung für forensische Toxikologie:

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. T. Dakrup
Tel.: (0211) 81-19375
Fax: (0211) 81-18532
e-mail:
fortoxi@uni-duesseldorf.de

Blutalkoholuntersuchungsstelle

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. T. Dakrup
Tel.: (0211) 81-19382
Fax: (0211) 81-18532
e-mail:
fortoxi@uni-duesseldorf.de

Proteinbiochemie

Dr. rer. nat. R. Dobberstein
Tel.: (0211) 81 19255
Fax: (0211) 81-18366
e-mail:
Reimer.Dobberstein@med.uni-duesseldorf.de

1. Sachverhalt

Herr [REDACTED] wurde am 20.11.2008 durch einen Mitarbeiter des Jugendamtes Kaarst vorgestellt. Ein entsprechender Auftrag zur Altersbestimmung und eine Einverständniserklärung der bestellten Amtsvormünderin lagen vor.

Laut dem Jugendamt Kaarst sei Herr [REDACTED] an unbekannter Stelle in die Bundesrepublik Deutschland eingereist. Seine Eltern seien verstorben. Ausweisdokumente lägen nicht vor. Herr [REDACTED] habe selber bei seiner Einreise den 31.03.1993 als Geburtsdatum angegeben. Die Stadt Bremen habe als Geburtsdatum den 01.04.1990 festgelegt. Durch die Zentrale Ausländerbehörde, die Stadt Bremen, die Bezirksregierung Arnsberg und die Gemeinschaftsunterkunft Schöppingen sei das Geburtsdatum fiktiv auf den 31.03.1992 festgelegt worden. Zwei Jugendhilfeeinrichtungen hätten jedoch unabhängig voneinander den Eindruck gewonnen, dass Herr [REDACTED] ca. 20 Jahre alt sein müsse. Diese Einschätzung werde durch das Jugendamt Kaarst ebenfalls geteilt. Um fundiert und abschließend das Alter des Herrn [REDACTED] zu bestimmen, da dieser laut dem Jugendamt Kaarst einen Asylantrag stellen wolle, soll nun eine medizinische Altersbestimmung durchgeführt werden.

Die jetzt durchgeführten Untersuchungen wurden zur Klärung der Frage des Lebensalters des Herrn [REDACTED] durchgeführt, insbesondere zur Beantwortung der Frage, ob bei Herrn [REDACTED] ein Alter von unter bzw. über 18 Jahren anzunehmen ist.

2. Procedere der Altersschätzung

Die Altersschätzung bei Jugendlichen bzw. bei jungen Erwachsenen basiert auf der Einschätzung des individuellen Wachstums- und Entwicklungsstandes. Dies geschieht zunächst durch eine körperliche Untersuchung (zur Erfassung der allgemeinen körperlichen Entwicklung und des Gesundheitszustandes), durch eine zahnmedizinische Untersuchung inkl. einer radiologischen Untersuchung des Gebisses (zur Erfassung der Gebissentwicklung) sowie durch eine radiologische Untersuchung des Handskelettes (zur Erfassung der Knochenentwicklung). Die Altersschätzung erfolgt unter Berücksichtigung sämtlicher erhobener Einzelbefunde unter Berücksichtigung einschlägiger, unten genannter Referenzdaten.

Dieses Procedere entspricht den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik (AGFAD; <http://rechtsmedizin.klinikum.uni-muenster.de/agfad/index.htm>).

3. Angaben zu vorbestehenden Erkrankungen (Anamnese) und körperlicher Untersuchungsbefund

Herr [REDACTED] wurde vor Erhebung der Anamnese darüber aufgeklärt, dass seine Angaben im zu erstellenden Gutachten dem Auftraggeber mitgeteilt werden. Die Erhebung einer Anamnese war nur sehr eingeschränkt in französischer und deutscher Sprache möglich. Die Frage nach Erkrankungen, Unfällen, Allergien, Operationen, regelmäßiger Medikamenteneinnahme sowie längeren Krankenhausaufenthalten wurde verneint.

Wesentliche körperliche Untersuchungsbefunde:

Körpergewicht 65,5 kg, Körperhöhe 161 cm (gewogen und gemessen). Schlanker bis muskulöser Körperbau. Im Gangbild Zeichen eines regulären Muskeltonus. Gesichtsbehaarung von mäßiger Ausprägung. Die Behaarung von Rumpf und Extremitäten ist kräftig und entspricht der eines erwachsenen Mannes. Achselbehaarung und Schambehaarung wegen mangelnder Kooperation nicht beurteilbar. Die äußeren Geschlechtsorgane ebenfalls wegen mangelnder Kooperation nicht beurteilbar.

Beurteilung:

Vorbehaltlich der Tatsache, dass Herr [REDACTED] nicht bereit war, sich vollständig zu entkleiden, und so die Beurteilung massiv eingeschränkt wurde, besteht weder ein Anhalt für Wachstums- oder Entwicklungsstörungen noch für systemische Erkrankungen. Der Körperbau des Herrn [REDACTED] spricht für eine bereits durchlaufende Pubertät.

4. Zahnärztliche Untersuchungen

Zahnstatus, Panorama-Röntgenaufnahme des Gebisses

Wesentliche Befunde:

Dem zahnmedizinischen Zusatzgutachten (durch Prof. Schübel) vom 21.11.2008 sind folgende wesentliche Befunde zu entnehmen:

- Entwicklung der Zahnwurzeln im Röntgenbild: Stadium H nach Demirjian bei Zahn 18, 28 und 48.
- Zeichen des Knochenabbaus im Röntgenbild: Stadium 1 nach Olze (2004).
- Abrasion des Zahnschmelzes: Nicht zu beurteilen aufgrund der Weigerung des Herrn Sow, seinen Mund für die klinische Untersuchung zu öffnen.

Beurteilung:

Das festgestellte Stadium H der Entwicklung der Wurzel von Weisheitszähnen nach Demirjian spricht bei männlichen Personen für ein Lebensalter von **22,7 Jahren +/- 1,9 Jahren** zum Untersuchungszeitpunkt (Olze 2001). Der beginnende Knochenabbau lässt keine weiteren Rückschlüsse zu, da solch ein Befund je nach untersuchtem Zahn mit einer großen Streuung auftritt (Olze 2004). Die Befunde sprechen nach den Feststellungen des zahnärztlichen Zusatzgutachters in der Zusammenschau für die **Vollendung des mindestens 21. Lebensjahres zum Untersuchungszeitpunkt.**

5. Radiologische Untersuchungen

Untersuchung von Handwurzel und Mittelhand der linken Hand, Untersuchung der inneren Schlüsselbeinenden

Wesentliche Befunde:

Dem radiologischen Zusatzgutachten des Universitätsklinikums Düsseldorf vom 03.12.2008 sind folgende wesentliche Befunde zu entnehmen:

- Untersuchung von Handwurzel und Mittelhand der linken Hand (Atlasmethode nach Greulich-Pyle, 1959 u. 1971): Vollständiger Verschluss aller Wachstums- (Epiphysen-) fugen.

* Standardabweichung

- Untersuchung des linksseitigen, brustbeinnahen Schlüsselbeinendes: Vollständige Fusion des epiphysealen Knorpels mit Nachweis einer epiphysealen Narbe, entsprechend Reifestadium 4 nach Schmeling.

Beurteilung:

Nach der gängigen Literatur spricht ein vollständiger Verschluss der Epiphysenfugen im Handradiogramm für ein Mindestalter von 19 Jahren. Das Reifestadium 4 nach Schmeling (2004) an den inneren Schlüsselbeinenden männlicher Personen wird von **21,3 bis 30,9 Jahren** beobachtet, im Mittel aber bei **26,7 Jahren**.

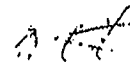
6. Zusammenfassende Beurteilung

Die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung, der zahnärztlichen Untersuchungen sowie der radiologischen Untersuchung des Handskelettes und der Schlüsselbeinenden sprechen aus ärztlicher Sicht dafür, dass Herr [REDACTED] zum Untersuchungszeitpunkt am 20.11.2008 **das 21. Lebensjahr bereits vollendet hatte.**

Die bei der Bewertung zugezogenen, genannten Referenzarbeiten wurden an amerikanischen und europäischen Referenzpopulationen erhoben, während bei Herrn [REDACTED] offenbar von einer schwarzafrikanischen Herkunft auszugehen ist. In ausführlichen Studien konnte gezeigt werden, dass weniger die ethnische Herkunft, als vielmehr der sozioökonomische Status eines Menschen während der körperlichen Entwicklung Einfluss auf Geschwindigkeit der Reifungsprozesse der für die Altersschätzung maßgeblichen Merkmale nehmen (Schmeling 2000 u. 2005). Die Abschätzung des Einflusses sozioökonomischer Faktoren ist im konkreten Fall schwierig. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass eine verzögerte Reifung durch ungünstige Einflüsse zur Schätzung eines zu jungen Alters führen würde, also keinesfalls zu einer Benachteiligung des Betroffenen.



Prof. Dr. med. S. Ritz-Timme



Dr. med. B. Gahr

Literatur (Referenzarbeiten)

- Demirjian A. (1973): A new system of dental age assessment. *Annals of human Biology* 45: 211-227.
- Olze A. (2001): Untersuchungen zum Mineralisationsstand der dritten Molaren an einer europäischen Population.
- Olze A. (2003): Untersuchungen zum Mineralisationsstand der dritten Molaren an einer deutschen Population. *Rechtsmedizin* 13: 5-10.
- Olze A. (2004): Paradontaler Knochenabbau als Kriterium der forensischen Altersdiagnostik bei jungen Erwachsenen. *Rechtsmedizin* 2004 14: 448-453.
- Schmeling A. (2000): Effects of ethnicity on skeletal maturation: consequences for forensic age estimation. *International Journal of Legal Medicine* 113: 253-258.
- Schmeling A. (2001): Der Einfluss der Ethnie auf die bei strafrechtlichen Altersschätzungen untersuchten Merkmale. *Rechtsmedizin* 11: 81-81.
- Schmeling A. (2004): Studies on the time frame for ossification of the medial clavicular epiphyseal cartilage in conventional radiography. *International Journal of Legal Medicine* 118: 5-8.
- Schmeling A. (2005): the impact of economic progress and modernization in medicine on the ossification of hand and wrist. *International Journal of Legal Medicine* 120: 121-126.
- Schulz R. (2005): Studies on the time frame for ossification of the medial epiphysis of the clavicle as revealed by CT scans. *International Journal of Legal Medicine* 119: 142-145.
- Tanner J.M. (1962): Wachstum und Reifung des Menschen. Thieme, Stuttgart.

Prof. Dr. U. Mödder
Leiter des Instituts für
Diagnostische Radiologie
Universitätsklinikum Düsseldorf

40225 Düsseldorf, den 03.12.2008
Moorenstr. 5 Dr.Ru./scho.

Wissenschaftlich begründetes röntgenologisches Gutachten

über:

[REDACTED]
geb. am 31.03.1992 (?)

erstattet für:

**Stadtverwaltung
Jugend und Familie
z.Hd. Herr Thum
Postfach 10 12 65
41544 Kaarst**

Aktenzeichen:

51.33.00

Sachbearbeiter:

Dr. O. Rusch

Die Begutachtung stützt sich auf die Röntgenuntersuchungen, die im Auftrag des Instituts für Rechtsmedizin
des Universitätsklinikums Düsseldorf (Frau Dr. Gahr) erfolgten

Klinische Angaben und Fragestellung:

Skeletalterbestimmung.

Die Einverständniserklärung durch den bestellten Amtsvormund liegt vor.

RÖNTGENUNTERSUCHUNG

Linke Hand ap sowie Sternoclaviculargelenke beidseits

vom 20.11.2008:

Linke Hand:

Sämtliche Skelettanteile der linken Hand stellen sich glatt begrenzt dar. Weder am distalen Radius, der distalen Ulna, der Ossa metacarpalia oder an den Phalangen sind Epiphysenfugen abgrenzbar: Unauffälliger Weichteilschatten.

Sternoclaviculargelenke:

Die medialen Anteile der linken Clavicula zeigen sich komplett verknöchert. Eine Epiphysennarbe ist noch abzugrenzen. Rechtsseitig entzieht sich das Claviculaende durch Überlagerungen der Brustwirbelsäule einer eingehenden Beurteilung. Es ergibt sich jedoch der Eindruck einer kompletten Verknöcherung des medialen


Endes. Lediglich die Frage nach einer Epiphysennarbe ist überlagerungsbedingt nicht abschließend zu beurteilen.

Beurteilung:

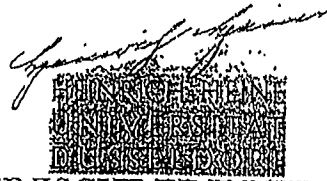
An der linken Hand ergibt sich ein Skeletalter von mindestens 19 Jahren.

Der Röntgenbefund an den medialen Claviculaenden ist am ehesten vereinbar mit einem Skeletalter von mindestens 21 Jahren und maximal 30 Jahren.

Prof. Dr. U. Mödder


Prof. Dr. G. Fürst


Dr. O. Rusch



MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN
Westdeutsche Kieferklinik

Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde • Prof. em. Dr. F. Schübel

Prof em Dr. med. dent. F Schübel
Poliklinik für Zahnerhaltung Postfach 101007 40001 Dusseldorf

Heinrich-Heine-Universität
Moorenstr.5, D-40225 Düsseldorf

Stadtverwaltung Kaarst
z. Hdn Herrn Thum

Postfach 10. 12.65
41544 Kaarst

Tel.: (+49) 211-81 19055
Fax: (+49) 211-81 16280

21.11.2008

Betr.: [REDACTED] angebl. geb. 31.03.1992
Altersfeststellung
Ihr Schreiben 12.11.2008

In Ihrem Auftrag vom 12.11.2008 erstatte ich das nachfolgende

Z u s a t z g u t a c h t e n .

Hierin soll anhand des Gebisses zu der Frage des Alters von Herrn [REDACTED] Stellung genommen werden.

Als Grundlage für dieses Gutachten diene eine klinische Untersuchung des Gebisses der genannten Person in unserer Klinik am 20.11.2008 einschließlich der Anfertigung und Beurteilung einer Panorama-Röntgenaufnahme (OPG) des Gebisses.

U n t e r s u c h u n g

Anamnestisch gab Herr [REDACTED] an, dass im September zwei Zähne gefüllt und ein Zahn gezogen worden seien. Name und Adresse des Zahnarztes (angeblich in Neuß) sei ihm nicht bekannt.

Während eine röntgenologische Untersuchung durchgeführt werden konnte, verweigerte Herr [REDACTED], trotz mehrfacher Bitte, eine umfassende klinische Untersuchung der Mundhöhle mit der Begründung „ fatigue „ (Strapaze, müde).

- 2 -

Während im Oberkiefer eine vollständige Zahnreihe, einschließlich der beiden Weisheitszähne 18 und 28 vorliegt, handelt es sich im Unterkiefer um ein Lückengebiss, in dem die Zähne 36 und 46 sowie der Weisheitszahn 38 fehlen.

Im Frontzahnbereich haben wir einen leicht offenen Biss von ca. 1 - 2 Millimeter an den Schneidezähnen.

Jeweils eine profunde Karies in den oberen mittleren Schneidezähnen. Provisorische Zementfüllungen in den Zähnen 45 disto-okklusal und 46 mesio-okklusal.

Das Zahnfleisch (Gingiva) erscheint klinisch unauffällig.

Weitere klinische Untersuchungen in Hinblick auf eine Karies, auf Schliffmarken bzw. Abrasionen an den Kauflächen konnten aufgrund der Ablehnung durch Herrn [REDACTED] nicht vorgenommen werden.

Fernröntgenaufnahme (OPG)

Die Aufnahme zeigt im Oberkiefer eine geschlossene Zahnreihe einschließlich der Weisheitszähne 18 und 28. Im Unterkiefer fehlen die Zähne die Zähne 36 und 46 sowie der Weisheitszahn 38. An seiner Stelle ist im Kiefer noch deutlich die Alveole (Knochenfach) zu erkennen. Die Zahnlücke 36 ist durch eine Mesialwanderung des Zahnes 36 bis auf eine Prämolarengroße verkleinert.

In den oberen mittleren Schneidezähnen ist jeweils eine profunde Karies zu erkennen. Füllungen befinden sich in den Zähnen 45 disto-okklusal und 46 mesio-okklusal.

Die Weisheitszähne 18, 28 und 48 sind voll in die Mundhöhle durchgebrochen. Zusätzlich ist der Weisheitszahn 28 zirka 1 - 2 Millimeter elongiert (über das Kauflächenniveau herausgewachsen).

Das Wurzelwachstum ist an den drei Weisheitszähnen sowohl in der Länge als auch in der Ausbildung der Wurzelspitzen (Foramen apikale) abgeschlossen.

Allgemein hat ein horizontaler Abbau des knöchernen Zahnhalteapparates im Sinne einer chronischen marginalen Parodontitis (sog. Parodontose) eingesetzt.

Beurteilung

Obwohl Herr [REDACTED] sich einer umfassenden klinischen Untersuchung der Mundhöhle verweigert hatte, konnten folgende klinische und röntgenologische Befunde in Hinblick auf die Altersbestimmung erhoben werden:

Im Oberkiefer sind sämtliche Zähne einschließlich der beiden Weisheitszähne 18 und 28 voll in die Mundhöhle durchgebrochen, wobei der Zahn 28 bereits ca. 1 - 2 Millimeter elongiert (über die Kauebene hinausgewachsen) ist.

Im Unterkiefer fehlen die Zähne 38, 36 und 46. Während die Zahnücke 36 durch eine Mesialwanderung des Zahnes 37 zur Hälfte verkleinert ist, stellt sich röntgenologisch das Knochenfach des entfernten Weisheitszahnes noch deutlich dar.

Das Wurzelwachstum ist an allen Zähnen, auch an den Weisheitszähnen 18, 28 und 48 sowohl in der Länge als auch an den Wurzelspitzen (Foramen apikale) vollständig abgeschlossen.

Insgesamt hat ein generalisierter Abbau des marginalen knöchernen Zahnhalteapparates eingesetzt.

Nach diesen klinischen und röntgenologischen Befunden ist bei Herrn [REDACTED] der Durchbruch der Zähne, einschließlich der Weisheitszähne (ca. 18. - 20. Lebensjahr) abgeschlossen. Die Kronen der Weisheitszähne haben die Kauebene erreicht. Damit ist auch der Durchbruch der Weisheitszähne in die Mundhöhle abgeschlossen. Dieses entspricht einem Lebensalter von ca. 20 - 22 Jahren. Zusätzlich war, durch den frühzeitigen Verlust und der dadurch eingetretenen Mesialwanderung der Zähne 37 und 38, der obere Weisheitszahn 28 ohne Gegenbiss und ist bereits ca. 1 - 2 Millimeter elongiert.

Abgeschlossen ist nach dem Röntgenbefund die Wurzelbildung aller Zähne sowohl in der Länge als auch in der Ausbildung der Wurzelspitzen. Dieses geschieht erst nach dem vollendeten

Durchbruch der Zähne in die Mundhöhle, d.h. bei den Weisheitszähnen im Alter von ca. 21 – 24 Jahren.

Einen weiteren Anhaltspunkt gibt der röntgenologisch erkennbare Abbau des marginalen knöchernen Zahnhalteapparates im Sinne einer generalisierten Parodontitis (sog. Parodontose). Sie setzt allgemein um das 23. Lebensjahr ein.

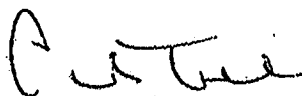
Z u s a m m e n f a s s u n g

Das von Herrn [REDACTED] angegebene Geburtsdatum 31.03.1992, d.h. ein Alter von 16 Jahren, 7 Monate, ist nach den Befunden auszuschließen.

Nach der klinischen und röntgenologischen Untersuchung und den gewonnenen Befunden , der Beurteilung und Würdigung aller relevanten Daten in Hinblick auf das Lebensalter, ist davon auszugehen, dass am Untersuchungstag, dem 20.11.2008.

Herr [REDACTED]

mit Sicherheit zu mindestens das 21. Lebensjahr vollendet hatte



(Prof. em Dr. F. Schübel).